

## **БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

***Корень Т.А., Минайло Т.И., Барсуков А.Н., Забаровская З.В.,  
Кондратович В.А.***

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
УЗ «Минский городской клинический онкологический диспансер»,  
1 клиническая больница г. Минска*

После аварии на ЧАЭС в Республике Беларусь резко возросла заболеваемость раком щитовидной железы (РЩЖ) у детей и подростков, большую часть из которых составляют девочки и девушки. У этой группы больных встречаются преимущественно папиллярные и реже фолликулярные карциномы, которые характеризуются, как правило, благоприятными ближайшими и

отдаленными результатами лечения. После проведенного лечения, в том числе после радиойодтерапии, у них сохраняется работоспособность и нормальное функционирование репродуктивной системы, в связи с чем нередко перед врачами возникают вопросы о возможности сохранения беременности.

Кроме того, в последние годы при постановке на учет у беременных нередко выявляется узловая патология щитовидной железы, обусловленная в том числе бессимптомно протекающим РЩЖ. При этом возникают вопросы о возможности сохранения беременности в этой ситуации и о сроках лечения рака. Единых взглядов на эти проблемы до сих пор не существует, так как небольшой клинический материал не позволял прийти к единому мнению.

Опыт Республиканского Центра опухолевой патологии щитовидной железы и Республиканского Центра по оказанию эндокринологической помощи беременным позволил предложить рациональную тактику ведения данной группы пациенток.

Проведен анализ 134 историй болезней пациенток, у которых РЩЖ был выявлен во время беременности, и которым проведено лечение в Республиканском Центре опухолевой патологии щитовидной железы с 1982 по 2004 год.

Гистологическая структура РЩЖ была представлена различными вариантами папиллярного рака, у 2 имел место медуллярный и у четырех – фолликулярный рак. Все больные разделены на 2 группы: в первой (88 пациенток) беременность наступила в различные сроки после лечения РЩЖ, во второй (46 больных) рак был выявлен во время беременности.

В первой группе только 26 женщин не имели метастазы в регионарных лимфатических узлах, у 51 имелись метастазы в регионарных лимфатических узлах и у 11 - отдаленные метастазы в легких.

Хирургические вмешательства выполнены в объеме тиреоидэктомии, в том числе с различными вариантами шейных диссекций (68) и гемитиреоидэктомии либо субтотальной резекция, в том числе с диссекциями (у 20). Радиойодтерапия проведена 39 больным от одного до 10 курсов (СОД от 1,18 ГБк до 38 ГБк), четверым проведена полихимиотерапия. Беременность наступила у этих больных в сроки от 4 месяцев до 10 лет после операции и от недели до 9 лет после радиойодтерапии. Противопоказаниями к пролонгированию беременности являлись: медуллярный рак, признаки прогрессирования опухоли, наличие неизлеченных отдаленных метастазов либо незавершенное лечение по поводу рака,

срок после радиойодтерапии менее года. 11 больным по этим причинам проведено прерывание беременности, у 4 наступили выкидыши либо была диагностирована неразвивающаяся беременность.

При сохранении беременности больные переводились с супрессивных на физиологические (1,6-1,8 мкг/кг/сутки) дозы тироксина, которые подвергались коррекции в зависимости от уровня ТТГ. Осуществлялся контроль и выполнялась коррекция уровня кальция крови, т.к. у каждой второй во время беременности наступило снижение его уровня. Показаниями к кесареву сечению явились: некорректируемое нарушение кальциево-фосфорного обмена (уровень ионизированного кальция менее 1 ммоль/л), дыхательная недостаточность, обусловленная парезом голосовых связок либо фиброзом легких после радиойодтерапии, а также после операции Крайла. В остальных случаях, при отсутствии акушерских проблем, родоразрешение осуществлялось через естественные родовые пути. Кесарево сечение по различным причинам было произведено у 32 из 68 родивших больных, пятеро находятся на разных сроках беременности.

У родившихся детей определялся тиреоидный статус для исключения врожденного гипотиреоза, при этом отклонений в гормональном статусе детей не выявлено. После родов лактация выключалась, т.к. повышенный уровень пролактина и тиреотропина теоретически может стимулировать опухолевый рост, после чего больные переводились на супрессивные дозы тироксина.

Прогрессирования опухолевого процесса после беременности и родов не отмечено, в том числе и у больных, имевших не излеченные метастазы в легких. Существенных отклонений в состоянии здоровья детей, родившихся у больных РЩЖ, также не установлено.

Во второй группе пациенток (46 больных) РЩЖ был выявлен во время беременности. Пятерым больным в I триместре беременности выполнен аборт из-за распространенного опухолевого процесса, самопроизвольные выкидыши наступили у двух больных, от прерывания отказалось 5 больных, и четверо из них были оперированы после родов, одна на операцию не явилась. 34 больных были оперированы в сроки от 7 до 31 недели: 7, 13 недель – 2 больные, 17-19 недель – 8 больных, 20-24 недели – 15 больных, 27-29 недель – 3 больных, 30-31 неделя – 6 больных. После операции до родов больным назначались физиологические дозы тироксина под контролем ТТГ и св.Т4, осуществлялась коррекция уровня кальция.

У пациентки, оперированной в сроке 13 недель, спустя 2 недели была диагностирована неразвивающаяся беременность и произведен аборт. У остальных операция и послеоперационный период протекал без осложнений, и 28 больные родили, у 5 роды предстоят в ближайшие 2-4 месяца. Существенных отклонений в состоянии здоровья новорожденных не выявлено, не установлено также нарушения функции щитовидной железы детей по результатам скрининга. После родов лактация включалась, и при необходимости проводилась диагностика и лечение радиоiodом, назначались супрессивные дозы тироксина.

Таким образом, больные высокодифференцированным РЩЖ после хирургического и комбинированного лечения могут иметь здоровых детей, при этом на прогноз заболевания беременность влияния не оказывает. Беременность можно разрешать не ранее, чем через год после радиоiodтерапии. Хирургическое лечение РЩЖ у беременных целесообразно проводить в сроки от 16 до 30 недель без последствий для беременной и ее ребенка. Во время беременности таким больным необходимо проводить коррекцию кальциево-фосфорного обмена, назначаются физиологические дозы тироксина. Крайне нежелательна беременность при медуллярном РЩЖ из-за плохого прогноза.

Осмотр и пальпация щитовидной железы и зон регионарного лимфооттока, УЗИ шеи с тонкоигольной пункционной биопсией узлов должны быть проведены при постановки на учет по поводу беременности. Чем раньше будет выявлена патология и проведено своевременное лечение, тем больше шансов сохранить беременность и иметь здорового ребенка.